

Rozdział 3

Postacie kliniczne nietrzymania moczu

W latach 70. ubiegłego wieku z inicjatywy Erica Glena powstała organizacja zrzeszająca lekarzy i naukowców zajmujących się NTM – International Continence Society (ICS). Ze względu na zróżnicowanie dolegliwości związanych z NTM oraz jego pochodzenie ICS zaproponowało poniższy podział NTM w celu usystematyzowania jego nomenklatury oraz ułatwienia wypracowania jasnych algorytmów postępowania.

Zgodnie z powyższymi wytycznymi NTM dzieli się na:

- wysiłkowe nietrzymanie moczu (*stress urinary incontinence* – SUI);
- nietrzymanie moczu z parć nagłych (*urgency urinary incontinence* – UII);
- nietrzymanie moczu o typie mieszanym (*mixed urinary incontinence* – MUI);
- moczenie nocne (*nocturnal enuresis*);
- ciągły wyciek moczu po mikcji.

1.4. Wysiłkowe nietrzymanie moczu

WNM to epizod gubienia moczu w sytuacji zwiększonego ciśnienia śródbrzusznego.

Poniżej przedstawiamy podział WNM według nasilenia objawów (według Stameya)

- I stopień: gubienie moczu tylko podczas znacznego i gwałtownego wzrostu ciśnienia śródbrzusznego;
- II stopień: bezwiedne oddawanie moczu w czasie umiarkowanego wzrostu ciśnienia śródbrzusznego: podczas normalnej codziennej aktywności fizycznej, kaszlu, kichania, śmiechu czy zmiany pozycji ciała;
- III stopień: gubienie moczu w trakcie chodzenia, a nawet w pozycji leżącej.

Praktyczny podział WNM zaproponowany przez Blavaisa i zalecany także przez Komitet Standaryzacji ICS:

- typ 0: zamknięta szyja pęcherza znajduje się powyżej spojenia, jest niewydolna w trakcie kaszlu, ale brak jest wycieku moczu;
- typ I: szyja pęcherza jest obniżona o 2 cm, niewydolna w trakcie kaszlu, pojawia się też NTM;
- typ IIA: obniżenie szyi > 2 cm i jej niewydolność w trakcie kaszlu, NTM oraz współistnienie *cystocele*;
- typ IIB: szyja znajdująca się w spoczynku poniżej spojenia oraz jeszcze większe jej obniżenie i niewydolność w trakcie kaszlu;
- typ III: wewnętrzna niewydolność zwieracza (*intrinsic sphincter deficiency* – ISD) [1].

1.5. Pęcherz nadreaktywny (*overactive bladder* – OAB)

Pęcherz nadreaktywny jest chorobą o różnym podłożu, która w znacznym stopniu wpływa na jakość życia kobiet, powodując ograniczenia nie tylko fizyczne, ale przede wszystkim społeczne, seksualne i psychologiczne.

Pęcherz nadreaktywny to uczucie nagłego parcia, któremu towarzyszy ból. Według ICS parcie naglące to niezależna od woli, nagła,

silna i często bolesna potrzeba oddania moczu. Objawy OAB mogą występować z nagłym NTM lub bez nagłego NTM, częstomoczem i nokturią. Towarzyszące NTM nie jest stałym i niezbędnym objawem do rozpoznania OAB. Leczenie OAB opiera się na terapii farmakologicznej, w której stosowane są leki zmniejszające kurczliwość wypieracza pęcherza moczowego poprzez oddziaływanie na nerwy czuciowe [2]. Znaczącą rolę w zmniejszeniu parć nagłych ma zastosowanie toksyny botulinowej w postaci iniekcji dopęcherzowych (20 wkłuć w dawce 100–200 U z pominięciem trójkąta pęcherzowego) [3]. Ta silna neurotoksyna hamuje wydzielanie acetylocholinozylu z cholinergicznymi pęcherzyków presynaptycznych, co powoduje odwracalny proces chemicznej denerwacji. Leczenie to jest zarezerwowane dla osób, u których terapia lekami antycholinergicznymi nie przyniosła zadowalającego skutku lub zbyt duże nasilenie objawów ubocznych (zwłaszcza suchości błon śluzowych jamy ustnej) powodowało słabe przestrzeganie zaleceń stosowania [4].

Bibliografia

1. Abrams P., *Incontinence. 4th International Consultation on Incontinence, Paris, July 5–8, 2008*. 4th ed., Health Publications, Paris 2009.
2. Milsom I., Abrams P., Cardozo L., Roberts R.G., Thüroff J., Wein A.J., *How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study*. „BJU Int.” 2001, 87(9), s. 760–766.
3. Chancellor M.B., Patel V., Leng W.W., Shenot P.J., Lam W., Globe D.R., Loeb A.L., Chapple C.R., *OnabotulinumtoxinA improves quality of life in patients with neurogenic detrusor overactivity*, „Neurology” 2013, 81(9), s. 841–848.
4. Radziszewski P. *Nowoczesne metody farmakoterapii pęcherza nadreaktywnego u kobiet*, ER Medical, Warszawa 2013.